# Aviso Anual de Cambios 2027

**UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP)**

Descargue la **aplicación UnitedHealthcare**

Visite **myuhcadvantage.com**

Número gratuito **1-855-245-5196,** TTY **711**
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre

United Healthcare®

Y0066_ANOC_H5322_050_001_2027_SP_M

# Tenga confianza y esté preparado para el próximo año

UnitedHealthcare ha sido la marca Medicare Advantage más elegida de los Estados Unidos por 18 años consecutivos. Su salud y bienestar están en el centro de todo lo que hacemos. Estamos aquí para ayudarle a recibir el cuidado que necesita. Nuestro objetivo es mantener su cobertura a precios económicos y asegurar que su experiencia con Medicare sea más fácil. Mientras que la información detallada del plan puede cambiar cada año, nuestro compromiso con usted se mantiene intacto.

## Los cambios en la industria de Medicare podrían afectar algunos beneficios del plan

Cada año, los planes de Medicare pueden cambiar debido a las normas de la industria y al financiamiento federal. Sabemos que es importante entender qué cambios ocurrirán en el año 2027. Esto puede ayudarle a tomar las mejores decisiones para su salud y presupuesto.

## Lo que cambiará en su plan para el año 2027

Este Aviso Anual de Cambios explica las actualizaciones en su plan 2027. El aviso incluye cualquier cambio en sus costos, beneficios y cobertura. Esto puede ayudarle a decidir si este plan de UnitedHealthcare aún se adapta a sus necesidades.

A continuación, encontrará algunos de los beneficios importantes de su plan 2027:

Su plan todavía tendrá el crédito para productos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) para ayudar con sus necesidades diarias, pero la cantidad cambiará el próximo año. Use sus créditos y recompensas ganadas para comprar miles de productos de venta sin receta cubiertos, además de alimentos saludables y servicios públicos para los miembros que califican.

Su plan incluye $1,000 para servicios dentales preventivos e integrales. Inicie sesión en su sitio web para miembros para obtener más información detallada.

Su plan incluye una asignación de $250 para servicios para la vista. Puede usarla para comprar un par de anteojos (lentes y marcos) o lentes de contacto.

Su plan podría tener otros cambios. Revise el Aviso Anual de Cambios para obtener información detallada completa.

## Nuevo para el año 2027: 2 tarjetas para mayor protección y seguridad

En el año 2027, usted recibirá 2 tarjetas fáciles de usar:

- **Su tarjeta de ID de miembro** – Úsela en el consultorio médico y la farmacia
- **Su UCard® de UnitedHealthcare** – Úsela para los beneficios del plan como: los créditos para productos de venta sin receta yrecompensas ganadas

Tener tarjetas separadas ayuda a proteger su información de salud personal. También hace que sea más fácil usar sus beneficios. Sus tarjetas llegarán en correspondencias apartes. Asegúrese de que reciba ambas tarjetas.

## Pautas para usar sus créditos para productos de venta sin receta (OTC)

Para seguir usando sus créditos para productos de venta sin receta para pagar alimentos saludables y servicios públicos, se nos exige confirmar que usted tiene una enfermedad crónica que califica y que tiene necesidades de salud complejas. La buena noticia es que ya estamos revisando si usted cumple los requisitos. Pronto, le enviaremos una actualización.

## Cómo prepararse para el próximo año

- ✔ Revise su Aviso Anual de Cambios 2027.
- ✔ Visite la página **"Prepare for Next Year" (Prepárese para el Próximo Año)** en su sitio web para miembros o en la aplicación UnitedHealthcare®. Puede consultar cómo ha usado su plan este año y qué puede esperar antes del Período de Inscripción Anual.
- ✔ Recibirá más información de nuestra parte sobre sus beneficios y cobertura para el próximo año.

## Su inscripción se renovará automáticamente

Si este plan todavía satisface sus necesidades, usted no tiene que hacer nada. Su inscripción se renovará automáticamente. Usted seguirá teniendo acceso a la cobertura, los beneficios y el apoyo del plan de UnitedHealthcare en los que hoy confía.

Si ya no le parece que este es el plan más adecuado para usted, comuníquese con nosotros después del 1 de octubre. Le ayudaremos con gusto a explorar otras opciones que satisfagan mejor sus necesidades de cuidado de la salud y su presupuesto

## Gracias por confiar en nosotros para acompañarle en su experiencia con Medicare

Si tiene preguntas, llame a Servicio al Cliente al número gratuito que se encuentra en su tarjeta de ID de miembro. También puede comunicarse con su agente de ventas con licencia local, si tiene uno.

Agradecemos su membresía y esperamos poder ayudarle a comenzar el año 2027 de la mejor manera.

Escanee el código QR o visite **uhc.care/covered** para acceder a la página **"Prepare for Next Year"** (Prepárese para el Próximo Año) y si desea más información sobre los cambios en la industria de Medicare y las actualizaciones de la experiencia con el plan.

© 2026 United HealthCare Services, Inc. Todos los derechos reservados.

Y0000_0000000000_C P0000000_A

# Más información disponible en Internet después del 15 de octubre de 2026

El Aviso Anual de Cambios (Annual Notice of Change, ANOC) proporciona información importante sobre los cambios en su plan para el próximo año, pero es posible que no incluya todas las actualizaciones.

Para obtener la información más actualizada y completa de su plan, revise los materiales de su plan 2027 en **myuhcadvantage.com** después del 15 de octubre de 2026.

### Directorio de Proveedores

Confirme que sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) sean parte de la red el próximo año.

### Directorio de Farmacias

Consulte qué farmacias son parte de nuestra red el próximo año.

### Lista de Medicamentos (Formulario)

Confirme que sus medicamentos estarán cubiertos por su plan el próximo año y revise cualquier nueva restricción en nuestro sitio web.

### Evidencia de Cobertura (EOC)

Revise su Evidencia de Cobertura 2027 para obtener información detallada sobre los costos y beneficios del plan. La Evidencia de Cobertura (Evidencia de Cobertura, EOC) es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Además, tiene información sobre el programa de calidad, cómo se toman las decisiones de cobertura médica y sus derechos y responsabilidades como un miembro.

Entendemos que algunos miembros prefieren obtener copias impresas de los materiales de su plan. Llame a o chatee con nuestro Servicio al Cliente, si desea una copia impresa de los materiales. de su plan 2027. Con gusto se los enviaremos sin costo para usted.

También puede visitar **myuhcadvantage.com** para inscribirse para recibir documentos por vía electrónica.

## Su inscripción continuará automáticamente

Y0066_210610_INDOI_C

Si todavía este es el plan adecuado para usted, no necesita tomar ninguna medida para seguir inscrito en el plan el próximo año. Su inscripción continuará automáticamente.

**UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP) ofrecido por UnitedHealthcare**

# Aviso Anual de Cambios para el año 2027

**Está inscrito como un miembro de UHC Dual Complete GA-D2 (HMO-POS D-SNP).** Este material describe los cambios en los costos y beneficios de nuestro plan el próximo año.

- **Si desea hacer cambios en su cobertura de Medicare para el próximo año, puede hacerlos del 15 de octubre al 7 de diciembre.** Si no se inscribe en otro plan a más tardar el 7 de diciembre de 2026, usted seguirá en UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP).
- Para cambiar a **otro plan**, visite es.Medicare.gov o revise la lista que aparece al final de su manual Medicare y Usted 2027.
- Usted no necesita tomar ninguna medida para seguir inscrito en este plan el próximo año - su inscripción continuará automáticamente.
- Tenga en cuenta que este es solamente un resumen de los cambios. La Evidencia de Cobertura contiene más información sobre los costos, los beneficios y las reglas. Obtenga una copia en myuhcadvantage.com o llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener una copia por correo.

## Más Recursos

- UnitedHealthcare no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, edad o discapacidad en sus actividades y programas relacionados con la salud.
- UnitedHealthcare ofrece servicios gratuitos para ayudarle a que se comunique con nosotros. Por ejemplo, materiales en otros idiomas, braille, en letra grande o en audio. O bien, usted puede pedir un intérprete. Llámenos al número gratuito que se encuentra en su UCard® de UnitedHealthcare o en la portada de la guía de su plan.
- UnitedHealthcare provides free services to help you communicate with us such as materials in other languages, braille, large print, audio, o you can ask for an interpreter. Call us toll-free at the number on your UnitedHealthcare UCard® o the front of your plan booklet.

## Acerca de UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP)

- Los planes están asegurados a través de UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas, una organización de planes Medicare Advantage que tiene un contrato con Medicare y un contrato con el Programa Estatal de Medicaid. La inscripción en el plan depende de la renovación del contrato del plan con Medicare.
- Nuestro plan también tiene un acuerdo por escrito con el programa Georgia Medicaid para coordinar los beneficios que usted recibe de Medicaid.
- Siempre que encuentre las expresiones “nosotros”, “nos”, “para nosotros”, “nuestro” o “nuestra” en este material, se refieren a UnitedHealthcare Insurance Company o a una de

OMB Approval 0938-1051 (Expires: July 31, 2029)

sus compañías afiliadas. Las expresiones “plan” o “nuestro plan” hacen referencia a UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP).

- El día 1 de enero de 2027, el nombre de nuestro plan cambiará de UHC Dual Complete GA-D2 (HMO-POS D-SNP) a UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP). Le enviaremos una nueva UCard® de UnitedHealthcare con nuestro nuevo nombre. A partir de ahora, nuestro nuevo nombre, UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP), aparecerá en todos los materiales.
- El día 1 de enero de 2027, UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas combinará UHC Dual Complete GA-D2 (HMO-POS D-SNP) con uno de nuestros planes, UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP). Este material explica las diferencias entre los beneficios que recibe actualmente de UHC Dual Complete GA-D2 (HMO-POS D-SNP) y los beneficios que recibirá a partir del 1 de enero de 2027 como miembro de UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP).
- **Si usted no ha hecho nada a más tardar el 7 de diciembre de 2026, se le inscribirá automáticamente en UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP).** A partir del 1 de enero de 2027, usted recibirá su cobertura médica y de medicamentos a través de UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP). Consulte la Sección 3 para obtener más información sobre cómo cambiar de plan y los plazos para realizar un cambio.

# Aviso Anual de Cambios para el año 2027
# Índice


**Resumen de costos importantes para el año 2027 ..... 9**

**Sección 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año ..... 15**

Sección 1.1— Cambios en la Prima Mensual del Plan ..... 15

Sección 1.2— Cambios en Los Máximos de Gastos de su Bolsillo ..... 15

Sección 1.3— Cambios en la Red de Proveedores ..... 17

Sección 1.4— Cambios en la Red de Farmacias ..... 17

Sección 1.5— Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos ..... 18

Sección 1.6— Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D ..... 30

Sección 1.7— Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta ..... 31

**Sección 2 Cambios Administrativos ..... 35**

**Sección 3 Cómo Cambiar de Plan ..... 36**

Sección 3.1— Plazos para Cambiar de Plan ..... 36

Sección 3.2— ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año? ..... 37

**Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta ..... 37**

**Sección 5 ¿Tiene preguntas? ..... 39**

Reciba Ayuda de UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP) ..... 39

Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare ..... 39

Reciba Ayuda de Medicare ..... 39

Reciba Ayuda de Medicaid ..... 40

# Resumen de costos importantes para el año 2027

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid y si su proveedor acepta Medicaid, usted paga $0 de copago por el deducible, las visitas al consultorio de un médico y estadías en el hospital como paciente hospitalizado, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los copagos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Para obtener información detallada sobre los costos compartidos de Medicaid correspondientes a los beneficios a los que se hace referencia en este documento, consulte su Evidencia de Cobertura.

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan*** <br> *La prima puede ser mayor que esta cantidad. <br> (Consulte la Sección 1.1 para obtener información detallada.) | $0 | $0 |
| **Deducible médico anual** | En el año 2026, su plan tiene un deducible de $283 combinado dentro y fuera de la red deducible de. El deducible no se aplica a la insulina proporcionada a través de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). | Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare Original, de manera combinada, dentro y fuera de la red. El deducible de Medicare Original del año 2026 es de $283. El deducible para el año 2027 será determinado por CMS en el otoño de 2026. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas. El deducible no se aplica a la insulina proporcionada a través de equipo médico duradero (durable |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | | medical equipment, DME). |
| **Máximos de gastos de su bolsillo**<br>Esto es lo **máximo** que usted pagará de gastos de su bolsillo por sus servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>(Consulte la Sección 1.2 para obtener información detallada.) | De proveedores de la red: $9,250<br>De proveedores fuera de la red: Ilimitado<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, a menos que se aplique un costo compartido de Medicaid. | De proveedores de la red: $9,850<br>De proveedores fuera de la red: Ilimitado<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, a menos que se aplique un costo compartido de Medicaid. |
| **Visitas al consultorio de un proveedor de cuidado primario** | Usted paga $0 de copago o 20% del costo total por cada visita (dentro de la red).<br>Las visitas con el proveedor de cuidado primario no tienen cobertura (fuera de la red). | Usted paga $0 de copago o 20% del costo total por cada visita (dentro de la red).<br>Las visitas con el proveedor de cuidado primario no tienen cobertura (fuera de la red). |
| **Visitas al consultorio de un especialista** | Usted paga $0 de copago o 20% del costo total por cada visita (dentro de la red). | Usted paga $0 de copago o 20% del costo total por cada visita (dentro de la red). |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | Las visitas con un especialista no tienen cobertura (fuera de la red). | Las visitas con un especialista no tienen cobertura (fuera de la red). |
| **Estadías en el hospital como paciente hospitalizado**<br>Incluye varias estadías en el hospital como paciente hospitalizado, por ejemplo, cuidado de casos agudos, rehabilitación y cuidado a largo plazo. Una estadía en el hospital como paciente hospitalizado comienza el día en que se le admite formalmente en el hospital con una indicación del médico y termina el día anterior al día en que se le da de alta. | Usted paga $0 de copago o $2,185 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red).<br>El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados no tiene cobertura (fuera de la red). | Usted paga $0 de copago o $2,030 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red).<br>El cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados no tiene cobertura (fuera de la red). |
| **Deducible de cobertura de medicamentos de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada.) | **Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta** | |
| | $0 | $0 |
| | **Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta** | |
| | $0 por los medicamentos del Nivel 1<br>$615 por los medicamentos del Nivel 2, Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, excepto por los productos de insulina cubiertos y la mayoría de | $0 por los medicamentos del Nivel 1 y Nivel 2<br>$75 por los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5, excepto por la insulina cubierta y la mayoría de |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | las vacunas de la Parte D para adultos. | las vacunas de la Parte D para adultos. |
| **Cobertura de medicamentos de la Parte D**<br>(Consulte la Sección 1.7 para obtener información detallada, incluso la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.) | **Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta** | |
| | Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios completos de Georgia Department of Community Health (Medicaid), entonces, dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:<br>Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos):<br>• $0 de copago o<br>• $1.60 de copago o<br>• $5.10 de copago<br>Por todos los demás medicamentos cubiertos:<br>• $0 de copago o<br>• $4.90 de copago o<br>• $12.65 de copago<br>Si el total que usted paga como copagos y coseguros alcanza $2,100, usted no paga nada por sus | Si está inscrito en la Parte A y la Parte B de Medicare y recibe beneficios de Georgia Department of Community Health (Medicaid), dependiendo de sus ingresos y su estado institucional, usted paga una de las siguientes cantidades:<br>Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos):<br>• $0 de copago o<br>• $1.65 de copago o<br>• $5.80 de copago<br>Por todos los demás medicamentos cubiertos:<br>• $0 de copago o<br>• $5 de copago o<br>• $14.40 de copago<br>Si el total que usted paga como copagos y coseguros alcanza $2,400, usted no paga nada por sus |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | medicamentos cubiertos de la Parte D. | medicamentos cubiertos de la Parte D. |
| | **Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta** | |
| | Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:<br>Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) $0 por cada medicamento con receta.<br>Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en una farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.<br>Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.<br>Usted paga 25%, hasta $35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel[1]<br>Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista | Copagos/Coseguros por un suministro de un mes (30 días) durante la Etapa de Cobertura Inicial:<br>Medicamentos del Nivel 1: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) $0 por cada medicamento con receta.<br>Medicamentos del Nivel 2: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) $0 por cada medicamento con receta.<br>Medicamentos del Nivel 3: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.<br>Usted paga 25%, hasta $35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel[1]<br>Medicamentos del Nivel 4: Costo compartido en farmacia minorista |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | estándar (dentro de la red) 25% del costo total.<br>Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 25% del costo total.<br><br>Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:<br>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. | estándar (dentro de la red) 25% del costo total.<br>Medicamentos del Nivel 5: Costo compartido en farmacia minorista estándar (dentro de la red) 32% del costo total.<br><br>Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores:<br>• Durante esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. |

[1] En el año 2026, no paga más de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. En el año 2027, no pagará más de $35 de copago o 25% del costo total de un medicamento—lo que sea menor—hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0. Usted paga estas cantidades incluso si usted no ha pagado su deducible.

## Sección 1 Cambios en los Beneficios y los Costos para el Próximo Año

### Sección 1.1 Cambios en la Prima Mensual del Plan

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Prima mensual del plan**<br>(Usted también debe seguir pagando la prima de la Parte B de Medicare, a menos que la pague Medicaid.) | **$0** | **$0** |

### Sección 1.2 Cambios en Los Máximos de Gastos de su Bolsillo

Medicare exige que todos los planes de salud impongan un límite a la cantidad que usted paga de su bolsillo durante el año. A estos límites se les llama máximos de gastos de su bolsillo. Una vez que usted haya pagado esta cantidad, generalmente no tiene que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B durante el resto del año calendario.

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red**<br>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Georgia Department of Community Health (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, a menos que se aplique un costo compartido de Medicaid.<br>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) que haya recibido de proveedores de la red **se toman en cuenta** para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo dentro de la red. Los costos de sus medicamentos con receta **no se toman en cuenta** para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. | $9,250<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>Una vez que usted haya pagado $9,250 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario. | $9,850<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B.<br>Una vez que usted haya pagado $9,850 de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que haya recibido de proveedores de la red, no tendrá que pagar nada por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B que reciba de proveedores de la red durante el resto del año calendario. |
| **Máximo de gastos de su bolsillo fuera de la red**<br>Debido a que nuestros miembros también reciben ayuda de Georgia Department of Community Health (Medicaid), muy pocos miembros alcanzan este máximo de gastos de su bolsillo.<br>Si cumple los requisitos para que Medicaid le ayude con los costos compartidos de Medicare y si su | Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red. | Usted tiene un máximo ilimitado de gastos de su bolsillo fuera de la red. |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| proveedor acepta Medicaid, usted no es responsable de pagar ningún gasto de su bolsillo para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo por los servicios cubiertos de la Parte A y la Parte B, a menos que se aplique un costo compartido de Medicaid.<br><br>Los costos que le corresponden a usted de los servicios médicos cubiertos (por ejemplo, copagos y deducibles) que haya recibido de proveedores fuera de la red se toman en cuenta para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. Los costos de sus medicamentos con receta **no se toman en cuenta** para alcanzar el máximo de gastos de su bolsillo. | | |

## Sección 1.3 Cambios en la Red de Proveedores

Nuestra red de proveedores ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Proveedores 2027 (myuhcadvantage.com) para saber si sus proveedores (proveedor de cuidado primario, especialistas, hospitales, etc.) son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Proveedores actualizado:

- Visite nuestro sitio web en myuhcadvantage.com.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener la información de proveedores actualizada o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Proveedores.

Podemos hacer cambios en la lista de hospitales, médicos y especialistas (proveedores) que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestros proveedores le afecta a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda. Es posible que usted disponga de un período de inscripción especial si su proveedor deja la red del plan. Para obtener más información sobre sus derechos cuando un proveedor de la red deja nuestro plan, consulte la Sección 2.3 del Capítulo 3 de su Evidencia de Cobertura.

## Sección 1.4 Cambios en la Red de Farmacias

Lo que usted paga por sus medicamentos con receta puede depender de la farmacia en que los surte. Los planes de medicamentos de Medicare cuentan con una red de farmacias. En la mayoría de

los casos, sus medicamentos con receta tienen cobertura solamente si se surten en una de las farmacias de nuestra red.

Nuestra red de farmacias ha cambiado para el próximo año. Revise el Directorio de Farmacias 2027 (myuhcadvantage.com) para saber qué farmacias son parte de nuestra red. Cómo obtener un Directorio de Farmacias actualizado:

- Visite nuestro sitio web en myuhcadvantage.com.
- Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener la información de farmacias actualizada o para pedir que se le envíe por correo un Directorio de Farmacias.

Podemos hacer cambios en las farmacias que forman parte de nuestro plan durante el año. Si un cambio a mediados del año en nuestras farmacias le afecta a usted, llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para recibir ayuda.

## Sección 1.5 Cambios en los Beneficios y los Costos de los Servicios Médicos

El Aviso Anual de Cambios le indica los cambios en sus beneficios y costos de Medicare.

Lo que usted paga por los servicios cubiertos por Medicare depende de su categoría de participación en Medicaid:

- Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, y si su proveedor acepta Medicaid, usted paga $0 de copago por su costo compartido de Medicare, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Para obtener información detallada sobre los copagos de Medicaid correspondientes a los beneficios a los que se hace referencia en este documento, consulte su Evidencia de Cobertura.
- Si usted no es un Beneficiario Calificado de Medicare o no recibe beneficios completos de Medicaid, o si recibe beneficios completos de Medicaid y consulta a un proveedor fuera de la red que no acepta Medicaid, debe pagar el costo compartido de Medicare.

El costo compartido de Medicare incluye copagos, coseguros y deducibles. Si no recibe el programa Ayuda Adicional, usted es responsable de todos los costos compartidos de la Parte D. Para obtener más información detallada, comuníquese con Georgia Department of Community Health (Medicaid) al 1-404-656-4507.

El beneficio de alimentos saludables es un beneficio complementario especial que solo está disponible para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta, colesterol alto, problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares, y que además cumplen todos los criterios de cobertura vigentes del plan. Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí. Comuníquese con nosotros para obtener información detallada.

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Deducible médico anual** | En el año 2026, su plan tiene un deducible $283 combinado dentro y fuera de la red deducible. El deducible no se aplica a la insulina proporcionada a través de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). | Su deducible es el deducible de la Parte B de Medicare Original, de manera combinada, dentro y fuera de la red. El deducible de Medicare Original del año 2026 es de $283. El deducible para el año 2027 será determinado por CMS en el otoño de 2026. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas. El deducible no se aplica a la insulina proporcionada a través de equipo médico duradero (durable medical equipment, DME). |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios dentales**<br>Servicios dentales preventivos e integrales | Usted paga $0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.<br>Usted paga $0 de copago por los servicios dentales integrales cubiertos.<br>Usted tiene cobertura de hasta $2,000 por cada año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.<br>Usted puede recibir los servicios dentales de un dentista fuera de la red. Si un dentista fuera de la red le cobra más de lo que el plan paga, es posible que se le cobre a usted la diferencia, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. | Usted paga $0 de copago por los servicios preventivos y de diagnóstico que tienen cobertura.<br>Usted paga $ de copago por los servicios dentales integrales cubiertos.<br>Usted tiene cobertura de hasta $1,000 por cada año. El beneficio se considera de manera combinada, dentro y fuera de la red.<br>Usted puede recibir los servicios dentales de un dentista fuera de la red. Si un dentista fuera de la red le cobra más de lo que el plan paga, es posible que se le cobre a usted la diferencia, incluso por los servicios que se indican con un copago de $0. |
| **Cuidado de emergencia** | Usted paga $0 de copago o $105 de copago. | Usted paga $0 de copago o $115 de copago. |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Cuidado de emergencia – mundial** | Con cobertura | El cuidado de emergencia, incluso los servicios de ambulancia en situaciones de emergencia, fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tiene cobertura de Medicare Original ni del Plan.<br>Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado. |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Programa de acondicionamiento físico** | Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para el cuerpo y la mente para ayudarle a mantenerse activo, enfocado y conectado ya sea en un gimnasio o desde su hogar.<br>Usted paga $0 de copago.<br>No hay ningún cargo si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de la red. | Usted tiene acceso a un programa de acondicionamiento físico para ayudarle a mantenerse activo en el gimnasio.<br>Usted paga $0 de copago.<br>No hay ningún cargo si su membresía es estándar y si usted utiliza proveedores de la red.<br>Las ofertas digitales de acondicionamiento físico, actividades para ejercitar la memoria o los paquetes de pedidos por correo ya no tienen cobertura.<br>El beneficio no tiene cobertura fuera de la red.<br>Consulte su Evidencia de Cobertura para obtener más información. |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Servicios para la audición**<br>Aparatos auditivos | Usted recibe una asignación de $1,500 para hasta 2 aparatos auditivos con receta o de venta sin receta (over-the-counter, OTC) cada 2 años.<br>Usted paga $0 de copago.<br>Los aparatos auditivos con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).<br>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio. | Usted recibe una asignación de $1,500 para hasta 2 aparatos auditivos con receta cada 2 años..<br>Usted paga $0 de copago.<br>Usted debe usar los proveedores de la red para tener acceso a este beneficio.<br>Los aparatos auditivos de venta sin receta (over-the-counter, OTC) y los aparatos auditivos de entrega a domicilio ya no tienen cobertura. |
| **Cuidado hospitalario para pacientes hospitalizados** | Usted paga $0 de copago o $2,185 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red). | Usted paga $0 de copago o $2,030 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare por un número ilimitado de días (dentro de la red). |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados** | Usted paga $0 de copago o $2,080 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (dentro de la red). | Usted paga $0 de copago o $2,030 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (dentro de la red). |
| **Cuidado de la salud mental para pacientes hospitalizados** | Usted paga $2,080 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (fuera de la red). | Usted paga $2,030 de copago por cada estadía en el hospital cubierta por Medicare (fuera de la red). |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Crédito para productos de venta sin receta (OTC), dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, acondicionamiento físico, servicios de apoyo a domicilio, apoyo para los cuidadores y control de peso**<br><br>**Alimentos saludables y servicios públicos - Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas** | $131 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso.<br><br>Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.<br><br>Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).<br><br>Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, | $70 de crédito por mes cargado a su UCard® de UnitedHealthcare para comprar productos de venta sin receta cubiertos, dispositivos de seguridad para el domicilio y el baño, selectos equipos y dispositivos portátiles para el acondicionamiento físico, y apoyo adicional con servicios a domicilio, relevo del cuidador y control de peso.<br><br>Si usted califica, también puede usar los créditos para pagar alimentos saludables y ciertas facturas de servicios públicos.<br><br>Las opciones de alimentos saludables y facturas de servicios públicos se proporcionan a través de los Beneficios Complementarios Especiales para Personas con Enfermedades Crónicas (Special Supplemental Benefits for the Chronically Ill, SSBCI).<br><br>Estas opciones solo están disponibles para los miembros con una enfermedad crónica que califica, como presión arterial alta crónica, colesterol alto crónico, |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas.<br><br>Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí.<br><br>Usted paga $0 de copago.<br><br>Los créditos vencen al final de cada mes. | problemas de salud mental crónicos y discapacitantes, diabetes o enfermedades cardiovasculares – y necesidades de salud más complejas.<br><br>Es posible que haya otras enfermedades que califican que no aparecen aquí.<br><br>Le enviaremos una carta con información sobre su derecho de participación en los beneficios del SSBCI.<br><br>Usted paga $0 de copago.<br><br>Los créditos vencen al final de cada mes.<br><br>Puede usar su UCard vigente hasta el 31 de diciembre de 2026.<br><br>Le enviaremos por correo una nueva UCard antes de que comience el nuevo año del plan.<br><br>Visite miembro.uhc.com/community/benefits/ssbci o consulte su Evidencia de Cobertura después del 1 de octubre de 2026 para obtener más información. |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Referencia** | Algunos de los servicios de la red—como las visitas a especialistas, fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional—requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija influirá en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar.<br>Revise su Evidencia de Cobertura para obtener más información detallada. | Fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional ya no requieren referencias.<br>Solamente las visitas a especialistas requerirán una referencia de su proveedor de cuidado primario (PCP) para que tengan cobertura. El proveedor de cuidado primario que elija puede influir en los especialistas y los hospitales que usted podrá consultar.<br>Para obtener más información, consulte la Sección 2.2 del Capítulo 3 de la Evidencia de Cobertura. |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Cuidado en un centro de enfermería especializada (SNF)** | Usted paga $0 de copago cada día, por los días 1 a 100, o:<br>Usted paga el costo compartido de Medicare Original por los servicios de enfermería especializada.<br>$0 de copago cada día, por los días 1 a 20 (dentro de la red).<br>$217 de copago cada día, por los días 21 a 100 (dentro de la red). | Usted paga $0 de copago cada día, por los días 1 a 100, o:<br>Usted paga el costo compartido de Medicare Original para el año 2027 que será determinado por CMS en el otoño de 2026. Estas cantidades son los costos compartidos correspondientes al año 2026 y es posible que cambien para el año 2027. Nuestro plan proporcionará las tarifas actualizadas tan pronto como sean publicadas.<br>$0 de copago cada día, por los días 1 a 20 (dentro de la red).<br>$217 de copago cada día, por los días 21 a 100 (dentro de la red). |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Transporte (de rutina, adicional)** | Obtenga hasta 36 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios. Además, usted tiene cobertura por un número ilimitado de viajes desde y hacia sitios de tratamiento de diálisis.<br>Usted paga $0 de copago.<br>El beneficio no tiene cobertura fuera de la red. | Obtenga hasta 24 viajes en una sola dirección, desde o hacia sitios aprobados por el plan, por ejemplo, a citas médicas, la farmacia y otros sitios en donde puede usar sus beneficios. Además, usted tiene cobertura por un número ilimitado de viajes desde y hacia sitios de tratamiento de diálisis.<br>Usted paga $0 de copago.<br>El beneficio no tiene cobertura fuera de la red Fuera de la red. |
| **Servicios requeridos de urgencia – mundiales** | Con cobertura | Los Servicios Requeridos de Urgencia fuera de los Estados Unidos y sus territorios no tienen cobertura de Medicare Original ni del Plan.<br>Si está viajando fuera de los Estados Unidos, podría considerar la compra de una póliza de Seguro Médico para Viajes por separado. |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Cuidado de la vista**<br>Opciones adicionales de artículos para la vista de rutina | Usted paga $0 de copago por lentes estándar y recibe hasta $250 para la compra de marcos o lentes de contacto cada año.<br>Se limita a 1 par de lentes estándar y marcos o lentes de contacto cada año.<br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).<br>Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UHC Vision. | Reciba un crédito total de $250 para la compra de 1 par de marcos/lentes o lentes de contacto cada año.<br>Se limita a 1 par de marcos/lentes o lentes de contacto cada año.<br>Usted paga $0 de copago.<br>Los artículos para la vista con entrega a domicilio están disponibles en todo el país a través de proveedores de la red (solamente productos selectos).<br>Usted es responsable de todos los costos de los artículos para la vista que no se compren de un proveedor de la red de UHC Vision. |

Si usted es un Beneficiario Calificado de Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB) o recibe beneficios completos de Medicaid, es posible que su deducible, coseguro o copago sean menores por servicios que están cubiertos por Medicare Original, a menos que el servicio no sea un beneficio cubierto por Medicaid o los costos compartidos de Medicaid se apliquen a cualquiera de los beneficios a los que se hace referencia en este documento. Consulte la tabla **Cambios en los Beneficios y Costos de los Servicios Médicos.**

## Sección 1.6 Cambios en la Cobertura de Medicamentos de la Parte D

**Cambios en Nuestra Lista de Medicamentos**

Nuestra lista de medicamentos cubiertos se llama Formulario o Lista de Medicamentos. **Para obtener la Lista de Medicamentos completa,** llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite nuestro sitio web (**myuhcadvantage.com**). Este material estará disponible en Internet después del **15 de octubre de 2026**.

En nuestra Lista de Medicamentos realizamos cambios, que podrían incluir agregar o quitar medicamentos, cambiar las restricciones que se aplican a nuestra cobertura de ciertos medicamentos o pasarlos a un nivel de costo compartido diferente. **Revise la Lista de Medicamentos para asegurarse de que sus medicamentos tengan cobertura el próximo año y para saber si tendrán alguna restricción, o si su medicamento se ha pasado a un nivel de costo compartido diferente.**

La mayoría de los cambios en la Lista de Medicamentos son nuevos al comienzo de cada año. Sin embargo, podríamos realizar otros cambios permitidos por las reglas de Medicare que le afectarán a usted durante el año calendario. Actualizamos nuestra Lista de Medicamentos en Internet, por lo menos mensualmente, para proporcionar la lista de medicamentos más reciente. Si realizamos un cambio que le afectará el acceso a un medicamento que usted esté tomando, le enviaremos un aviso sobre el cambio.

Si se ve afectado por un cambio en la cobertura de medicamentos al comienzo del año o durante el año, revise el Capítulo 9 de su Evidencia de Cobertura y hable con el profesional que receta para conocer sus opciones, entre ellas, cómo solicitar un suministro temporal, cómo solicitar una excepción o cómo encontrar un medicamento nuevo. Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información.

## Sección 1.7 Cambios en los Costos y los Beneficios de los Medicamentos con Receta

**¿Recibe el programa Ayuda Adicional para pagar los costos de su cobertura de medicamentos?**

Si usted recibe el programa Ayuda Adicional que ayuda a pagar sus medicamentos, **la información sobre los costos de los medicamentos de la Parte D podría no aplicarse en su caso.** Le enviamos un material aparte, titulado Cláusula Adicional de la Evidencia de Cobertura para Quienes Reciben el Programa Ayuda Adicional para Pagar sus Medicamentos con Receta, con información sobre los costos de sus medicamentos. Si usted recibe el programa Ayuda Adicional, recibirá la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos. Si no recibe este material, llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) y solicite que le envíen la Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos.

**Etapas de Pago de Medicamentos**
Hay 3 etapas de pago de medicamentos: la Etapa del Deducible Anual, la Etapa de Cobertura Inicial y la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores.

- **Etapa 1: Deducible Anual**

  Usted comienza en esta etapa de pago cada año calendario. Durante esta etapa, usted paga el costo total de sus medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5 hasta que alcance el deducible anual.

- **Etapa 2: Cobertura Inicial**

  Una vez que haya pagado el deducible anual, usted pasará a la Etapa de Cobertura Inicial. En esta etapa, nuestro plan paga la parte que le corresponde del costo de sus medicamentos, y

usted paga su parte del costo. Generalmente, usted permanece en esta etapa hasta que los gastos de su bolsillo del año hasta la fecha alcancen $2,400.

- **Etapa 3: Cobertura de Gastos Médicos Mayores**

  Esta es la tercera y última etapa de pago de medicamentos. En esta etapa de pago, usted no paga nada por sus medicamentos cubiertos de la Parte D. Generalmente, usted permanece en esta etapa durante el resto del año calendario.

**Costos de Medicamentos en Etapa 1: Deducible Anual**

La tabla muestra su costo por cada medicamento con receta durante esta etapa.

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Deducible Anual** | $0<br>(Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.)<br>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta:<br>$615<br>Durante esta etapa, usted paga $0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 2, 3, 4 y 5 hasta que alcance el deducible anual. | $0<br>(Consulte el documento aparte, la “Cláusula Adicional del Subsidio para Personas de Bajos Ingresos”, para saber cuál es su deducible.)<br>Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta:<br>$75<br>Durante esta etapa, usted paga $0 por los medicamentos del Nivel 1 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red), $0 por los medicamentos del Nivel 2 (suministro de 30 días en una farmacia minorista estándar dentro de la red). Usted paga el costo total de los medicamentos de los Niveles 3, 4 y 5 hasta que |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | | alcance el deducible anual. |

**Costos de Medicamentos en Etapa 2: Cobertura Inicial**
El coseguro es una porción o parte del costo total, generalmente como un porcentaje. Con este plan, usted paga parte del costo de los medicamentos del Nivel 3, Nivel 4 y Nivel 5. Por ejemplo, si su coseguro es del 25% y el costo total de su medicamento con receta es de $100, usted pagaría $25. El plan paga el resto. Usted paga el costo total de sus medicamentos hasta alcanzar el deducible; luego, comenzará a pagar el coseguro.

La tabla muestra el costo por cada medicamento con receta de un mes (30 días) surtido en una farmacia de la red con costo compartido estándar.

Hemos cambiado el nivel de algunos medicamentos de la Lista de Medicamentos. Para saber si sus medicamentos están en otro nivel, búsquelos en la Lista de Medicamentos. La mayoría de las vacunas de la Parte D para adultos están cubiertas sin costo para usted. Para obtener más información sobre los costos de las vacunas, o información sobre los costos de un suministro a largo plazo o de las recetas surtidas en una farmacia de pedidos por correo, consulte el Capítulo 6 de su Evidencia de Cobertura.

Una vez que usted haya pagado $2,400 de su bolsillo por medicamentos cubiertos de la Parte D, usted pasará a la etapa siguiente (la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores).

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | **Si califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta** | |
| **Medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos)** | Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos):<br>• $0 de copago o<br>• $1.60 de copago o<br>• $5.10 de copago | Por los medicamentos genéricos (incluso los medicamentos de marca que se consideran como genéricos):<br>• $0 de copago o<br>• $1.65 de copago o<br>• $5.80 de copago |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Por todos los demás medicamentos cubiertos** | Por todos los medicamentos cubiertos:<br>• $0 de copago o<br>• $4.90 de copago o<br>• $12.65 de copago | Por todos los medicamentos cubiertos:<br>• $0 de copago o<br>• $5 de copago o<br>• $14.40 de copago |
| | **Si no califica para el programa Ayuda Adicional de Medicare que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta** | |
| **Nivel 1 - Genéricos Preferidos** | Usted paga $0 por cada medicamento con receta. | Usted paga $0 por cada medicamento con receta. |
| **Nivel 2 - Genéricos** | Usted paga 25% del costo total. | Usted paga $0 por cada medicamento con receta. |
| **Nivel 3 - De Marca Preferidos** | Usted paga 25% del costo total.<br>Usted paga 25%, hasta $35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel[1]. | Usted paga 25% del costo total.<br>Usted paga 25%, hasta $35 por cada suministro de un mes de cada producto de insulina cubierto de este nivel[1]. |
| **Nivel 4 - Medicamentos No Preferidos** | Usted paga 25% del costo total. | Usted paga 25% del costo total. |
| **Nivel 5 - De Especialidad** | Usted paga 25% del costo total. | Usted paga 32% del costo total. |

[1] En el año 2026, no paga más de $35 por cada suministro de 1 mes de medicamentos de insulina cubiertos de la Parte D. En el año 2027, no pagará más de $35 de copago o 25% del costo total de un medicamento—lo que sea menor—hasta que llegue a la Etapa de Cobertura de Gastos Médicos Mayores, en la que usted paga $0. Usted paga estas cantidades incluso si usted no ha pagado su deducible.

## Sección 2 Cambios Administrativos

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| **Preautorización- Servicios Dentales Integrales** | Es posible que su proveedor necesite obtener una preautorización. | Su proveedor ya no necesita solicitar una preautorización. |
| **Preautorización - Beneficio de comidas después de una estadía cubierta en el hospital como paciente hospitalizado o en un centro de enfermería especializada (skilled nursing facility, SNF** | Se requiere una preautorización, además de la verificación de una estadía aprobada. | Ya no se requiere una preautorización. El plan seguirá confirmando las estadías aprobadas antes de que enviemos su pedido. |
| **UCard de UnitedHealthcare y tarjeta de ID de miembro** | La UCard sirve como su tarjeta de ID de miembro y más – úsela para gastar sus créditos para productos de venta sin receta y recompensas ganadas en artículos aprobados. | Recibirá 2 tarjetas en correspondencias apartes - una tarjeta de ID de miembro y una UCard.<br>Use su nueva tarjeta de ID de miembro cuando visite a un proveedor o surta una receta.<br>Use su UCard como forma de pago en la tienda o en Internet para gastar sus créditos para productos de venta sin receta y recompensas ganadas en artículos aprobados. Las UCard vencen después de 3 años, lo que significa que no recibirá una nueva UCard cada año. Puede destruir su tarjeta actual el 1 de enero de 2027.<br>Para consultar su saldo, buscar tiendas participantes y artículos aprobados, visite el |

| | 2026 (este año) | 2027 (próximo año) |
|---|---|---|
| | | UCard Hub en la aplicación UnitedHealthcare o en su sitio web para miembros. |

## Sección 3 Cómo Cambiar de Plan

**Para seguir en nuestro plan, no tiene que hacer nada.** A menos que se inscriba en otro tipo de plan de salud de Medicare o se cambie a Medicare Original a más tardar el 7 de diciembre, automáticamente será inscrito en nuestro plan UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP).

Si decide cambiar de plan para el año 2027, siga estos pasos:

- **Para cambiarse a un plan de salud de Medicare diferente,** inscríbase en el nuevo plan. Su inscripción en UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente. Recuerde que no todos los planes de salud de Medicare cubren medicamentos con receta. Además, tenga en cuenta que, en el caso de muchos planes, no es posible inscribirse en un plan de salud de Medicare y, al mismo tiempo, comprar un plan de medicamentos con receta.
- **Para cambiarse a Medicare Original con cobertura aparte de medicamentos de Medicare,** puede inscribirse en un plan de la parte D y su inscripción en UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP) se cancelará automáticamente.
- **Para cambiarse a Medicare Original sin un plan de medicamentos,** puede enviarnos una solicitud por escrito para cancelar su inscripción o visitar nuestro sitio web para cancelar su inscripción en Internet (myuhcadvantage.com). Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para obtener más información sobre cómo hacerlo. O llame a Medicare al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) y solicite que se cancele su inscripción. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048. Si usted no se inscribe en un plan de medicamentos de Medicare, es posible que tenga que pagar una multa por inscripción tardía en la Parte D.
- **Si desea más información sobre Medicare Original y los distintos planes de Medicare,** visite es.medicare.gov, consulte el **manual Medicare y Usted 2027,** llame a su Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (consulte la Sección 5) o llame al 1-800-MEDICARE. Le recordamos que UnitedHealthcare Insurance Company o una de sus compañías afiliadas ofrecen otros planes de salud de Medicare O planes de medicamentos de Medicare. Es posible que haya diferencias en la cobertura, las primas mensuales del plan y los costos compartidos de esos otros planes.

### Sección 3.1 Plazos para Cambiar de Plan

Los beneficiarios de Medicare pueden hacer cambios en su cobertura desde el **15 de octubre al 7 de diciembre** cada año.

Si se inscribió en un plan Medicare Advantage que comienza el 1 de enero de 2027, y no le agrada el plan que seleccionó, puede cambiarse a otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura aparte de medicamentos de Medicare) desde el 1 de enero hasta el 31 de marzo de 2027.

### Sección 3.2 ¿Se pueden hacer cambios en otros momentos del año?

En ciertas situaciones, las personas pueden tener otras oportunidades para cambiar su cobertura durante el año. Entre los ejemplos se incluyen las personas que:

- Tienen Medicaid
- Reciben el programa Ayuda Adicional para pagar sus medicamentos
- Tienen o dejarán de tener la cobertura de un empleador
- Se mudan fuera del área de servicio de nuestro plan

Debido a que usted tiene Medicaid, puede terminar su membresía en nuestro plan si elige una de las siguientes opciones de Medicare en cualquier mes del año:

- Medicare Original con un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare,
- Medicare Original sin un plan aparte de medicamentos con receta de Medicare (Si elije esta opción, Medicare puede inscribirle en un plan de medicamentos, a menos que usted haya optado por no utilizar la inscripción automática.), o
- Si cumple los requisitos, un Plan Integrado para Personas con Necesidades Especiales que Tienen Elegibilidad Doble que le ofrezca Medicare y la mayoría o todos los servicios y beneficios de Medicaid en un plan.

Si recientemente se mudó a una institución o vive actualmente en una (como un centro de enfermería especializada o un hospital de cuidado a largo plazo), usted puede cambiar su cobertura de Medicare **en cualquier momento**. Puede cambiarse a cualquier otro plan de salud de Medicare (con o sin cobertura de medicamentos de Medicare) o cambiarse a Medicare Original (con o sin cobertura aparte de medicamentos de Medicare) en cualquier momento. Si recientemente se mudó fuera de una institución, usted tiene la oportunidad de cambiar de plan o cambiarse a Medicare Original durante 2 meses completos después del mes en que se mudó.

## Sección 4 Reciba Ayuda para Pagar sus Medicamentos con Receta

Usted puede calificar para recibir ayuda para pagar sus medicamentos con receta. Hay distintos tipos de ayuda:

- **Programa Ayuda Adicional de Medicare.** Las personas que tienen ingresos limitados pueden calificar para el programa Ayuda Adicional que ayuda a pagar los costos de sus medicamentos con receta. Si usted califica, Medicare podría pagar hasta el 75% o más de los costos de sus medicamentos, incluso las primas mensuales de su plan de medicamentos, los deducibles anuales y los coseguros. Además, las personas que califican no tendrán que pagar una multa por inscripción tardía. Para saber si califica, llame:

— Al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048, las 24 horas del día, los 7 días de la semana;

— Al Seguro Social al 1-800-772-1213, de 8 a.m. a 7 p.m., de lunes a viernes, para comunicarse con un representante. El sistema de mensajes automatizados está disponible las 24 horas del día. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

— A su Oficina Estatal de Medicaid.

- **Ayuda con el Costo Compartido de los Medicamentos con Receta de las Personas con VIH/SIDA.** El Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida (AIDS Drug Assistance Program, ADAP) garantiza que las personas que cumplen los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida y que viven con el VIH/SIDA tengan acceso a medicamentos para el VIH que salvan la vida. Para cumplir los requisitos del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado, usted debe cumplir ciertos criterios, que incluyen contar con comprobantes de residencia en el estado, de diagnóstico de VIH, de bajos ingresos según lo define el estado y de no tener seguro o tener un seguro insuficiente. Los medicamentos de la Parte D de Medicare que también están cubiertos por el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida califican para recibir ayuda con los costos compartidos de los medicamentos con receta a través del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. Para obtener información sobre los criterios de participación, los medicamentos cubiertos, cómo inscribirse en el programa, o si está inscrito actualmente, cómo puede seguir recibiendo ayuda, llame al Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado. La información para comunicarse con el Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida de su estado se encuentra en el Capítulo 2 de la **Evidencia de Cobertura.** Cuando llame, asegúrese de informarles el nombre de su plan de la Parte D de Medicare o el número de su póliza.
- **Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare.** El Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare es una opción de pago que funciona con su cobertura de medicamentos actual para ayudarle a administrar los gastos de su bolsillo en medicamentos cubiertos por nuestro plan al distribuirlos a lo largo del año calendario (enero a diciembre). Cualquier persona con un plan de medicamentos de Medicare o un plan de salud de Medicare con cobertura de medicamentos (como un plan Medicare Advantage con cobertura de medicamentos) puede usar esta opción de pago. Si usted participa en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare y permanece en el mismo plan de la Parte D, su participación se renovará automáticamente para el año 2027. No necesita presentar una nueva solicitud de elección para seguir participando en el año 2027. **Esta opción de pago puede ayudarle a administrar sus gastos, pero no le ahorra dinero ni reduce los costos de sus medicamentos.**
- El programa Ayuda Adicional de Medicare y la ayuda del Programa de Ayuda de Medicamentos para el Sida, para aquellas personas que califican, tienen muchas más ventajas que la participación en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare. Todos los miembros cumplen los requisitos para participar en el Plan de Pago de Medicamentos con Receta de Medicare, independientemente de sus ingresos. Si desea más información sobre esta opción de pago, llámenos al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) o visite es.medicare.gov.

## Sección 5 ¿Tiene preguntas?

### Reciba Ayuda de UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP)

- **Llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196. (Los usuarios de TTY deben llamar al 711).**

  Atendemos las llamadas telefónicas durante este horario: 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. Las llamadas a estos números son gratuitas.

- **Lea su Evidencia de Cobertura 2027**

Este **Aviso Anual de Cambios** contiene un resumen de los cambios a los costos y beneficios para el año 2027. Para obtener información detallada, consulte la **Evidencia de Cobertura** 2027de UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP). La **Evidencia de Cobertura** es el documento con la descripción legal y detallada de los beneficios de su plan. Explica sus derechos y las reglas que debe seguir para obtener los servicios y medicamentos con receta que están cubiertos. Obtenga la **Evidencia de Cobertura** en nuestro sitio web en myuhcadvantage.com o llame a Servicio al Cliente al 1-855-245-5196 (los usuarios de TTY deben llamar al 711) para pedir que se le envíe una copia por correo postal.

- **Visite myuhcadvantage.com**

  Nuestro sitio web tiene la información más actualizada de nuestra red de proveedores (Directorio de Proveedores) y de nuestra lista de medicamentos cubiertos (formulario/lista de medicamentos). El Directorio de Proveedores y el Formulario estarán disponibles después del **15 de octubre de 2026**.

### Reciba Asesoramiento Gratuito sobre Medicare

El Programa Estatal de Asistencia con el Seguro de Salud (State Health Insurance Assistance Program, SHIP) es un programa del gobierno independiente que cuenta con asesores capacitados en todos los estados. En Georgia, el programa SHIP se llama GeorgiaCares Senior Health Insurance Plan.

Llame GeorgiaCares Senior Health Insurance Plan para recibir asesoramiento gratuito y personalizado sobre seguros de salud. Pueden ayudarle a comprender sus opciones de planes de Medicare y responder preguntas sobre el cambio de planes. Llame GeorgiaCares Senior Health Insurance Plan al 1-866-552-4464.

### Reciba Ayuda de Medicare

- **Llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227)**

  Puede llamar al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227), las 24 horas del día, los 7 días de la semana. Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

- **Chatee en vivo con es.medicare.gov**

  Puede chatear en vivo en es.medicare.gov/talk-to-someone.

- **Escriba a Medicare**

Puede escribir a Medicare al PO Box 1270, Lawrence, KS 66044.

- **Visite es.medicare.gov**

En el sitio web oficial de Medicare, encontrará información sobre los costos, la cobertura y la calidad mediante Calificaciones con Estrellas para que pueda comparar los planes de salud de Medicare en su área.

- **Lea Medicare y Usted 2027**

El manual Medicare y Usted 2027 se envía por correo cada otoño a las personas inscritas en Medicare. Incluye un resumen de los beneficios, derechos y protecciones de Medicare, además de respuestas a las preguntas más frecuentes sobre Medicare. Obtenga una copia en es.medicare.gov o llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227). Los usuarios de TTY pueden llamar al 1-877-486-2048.

**Reciba Ayuda de Medicaid**

Llame a Georgia Department of Community Health (Medicaid) al 1-404-656-4507. Los usuarios de TTY pueden llamar al 711 para recibir ayuda con la inscripción en Medicaid o preguntas sobre beneficios.

# Notice of availability
# of language assistance services and alternate formats

ATTENTION: Free language assistance services and free communications in other formats, such as large print, are available to you. Call the toll-free number on your member identification card.

**ማሳሰቢያ፡-** **አማርኛ** (Amharic) የሚናገሩ ከሆነ፣ ነፃ የቋንቋ እገዛ አገልግሎቶች እና ነፃ ተግባቦቶች እንደ ትልቅ እትም ባሉ ሌሎች ቅርፀቶች ለእርስዎ ይገኛሉ። በአባልነት መታወቂያ ካርድዎ ላይ ያለውን ነፃ የስልክ ቁጥር ይደውሉ።

**ملاحظة**: إذا كنت تتحدث **اللغة العربية** (Arabic)، ستتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية المجانية والمراسلات المجانية بتنسيقات أخرى، مثل الطباعة بأحرف كبيرة. اتصل بالرقم المجاني المدون على بطاقة تعريف العضو خاصتك.

**দেখুন**: আপনি যদি **বাংলায়** (Bengali) কথা বলেন, তাহলে বিনামূল্যে ভাষা সহায়তা পরিষেবা এবং বড় মুদ্রণের মতো অন্যান্য ফরম্যাটে যোগাযোগগুলি আপনার জন্য বিনামূল্যে উপলব্ধ। আপনার সদস্যের পরিচয়পত্রের কার্ডের টোল-ফ্রি নম্বরে কল করুন

**請注意**：如果您說**中文** (Chinese)，您可以獲得免費語言協助服務和大字體等其他格式的免費通訊。請致電您的會員身份卡上的免付費電話號碼。

ATTENTION : Si vous parlez **français (French)**, des services d'assistance linguistique et des communications dans d'autres formats, notamment en gros caractères, sont mis à votre disposition gratuitement. Appelez le numéro gratuit figurant sur votre carte de membre.

**ધ્યાન આપો**: જો તમે **ગુજરાતી (Gujarati)** બોલતા હો તો વિના મૂલ્યે ભાષાકીય મદદરૂપ સેવાઓ અને અન્ય ફોર્મેટમાં વિના મૂલ્યે સંચાર, જેમ કે મોટી પ્રિન્ટ, તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે. તમારા સભ્ય ઓળખ કાર્ડ પરના ટોલ-ફ્રી નંબર પર કૉલ કરો.

ATANSYON: Si w pale **Kreyòl Ayisyen (Haitian Creole)**, gen sèvis lang gratis ak kominikasyon nan lòt fòma lo disponib, tankou sa ki enprime ak gwo lèt. Rele nimewo gratis ki sou kat idantifikasyon manm ou an.

**ध्यान दें**: यदि आप **हिंदी** (Hindi) बोलते हैं, तो आपके लिए मुफ्त भाषा सहायता सेवाएँ और अन्य प्रारूपों में मुफ्त संचार, जैसे कि बड़े प्रिंट, उपलब्ध हैं। अपने सदस्य पहचान पत्र पर दिए गए टोल-फ्री नंबर पर कॉल करें।

**注意事項：日本語** (Japanese) を話される場合、無料の言語支援サービスや、拡大文字など他の形式での無料のコミュニケーションをご利用いただけます。会員証に記載されているフリーダイアルにお電話ください。

**알림 사항**: **한국어**(Korean)를 사용하시는 경우 무료 언어 지원 서비스와 대형 활자체 등 다른 형식으로 된 의사 소통 매체를 이용하실 수 있습니다. 회원 ID 카드에 나와 있는 무료 전화번호로 전화해 주십시오.

ATENÇÃO: se você fala **português (Portuguese)**, tem à sua disposição serviços gratuitos de assistência linguística e comunicações gratuitas em outros formatos, como caracteres grandes. Ligue para o número gratuito que se encontra no seu cartão de identificação de membro.

**ВНИМАНИЕ**! Если вы говорите на **русском** языке (Russian), вам доступны бесплатные услуги языковой поддержки и бесплатные материалы в других форматах, например напечатанные крупным шрифтом. Звоните по бесплатному номеру телефона, указанному на вашей идентификационной карте участника.

ATENCIÓN: Si habla **español (Spanish)**, hay servicios de asistencia de idiomas y comunicaciones en otros formatos como letra grande, sin cargo, a su disposición. Llame al número gratuito que figura en su tarjeta de identificación de miembro.

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng **Tagalog (Tagalog)**, may makukuha kang mga libreng serbisyo ng tulong sa wika at libreng komunikasyon sa ibang mga format, tulad ng malalaking print. Tawagan ang walang bayad na numero na nasa iyong ID card ng miyembro.

**గమనించండి**: మీరు **తెలుగు** (Telugu) మాట్లాడేవారైతే, మీకు ఉచిత భాషా సహాయ సేవలు మరియు పెద్ద ముద్రణ వంటి ఇతర ఫార్మాట్‌లలో కమ్యూనికేషన్‌లు ఉచితంగా లభిస్తాయి. వాటి కొరకు మీ మెంబరు ఐడింటిఫికేషన్ కార్డులోని టోల్-ఫ్రీ నెంబరుకి కాల్ చేయండి.

**LƯU Ý**: Nếu quý vị nói **Tiếng Việt** (Vietnamese), quý vị sẽ được cung cấp các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí và các phương tiện trao đổi liên lạc miễn phí ở các định dạng khác, chẳng hạn như bản in chữ lớn. Gọi đến số điện thoại miễn phí có trên thẻ định danh thành viên của quý vị.

**ÀKÍYÈSÍ**: Tí o bá ń ṣọ **Yorùbá** (Yoruba), àwọn iṣẹ́ àtìlẹ́yìn èdè ọ̀fẹ́ àti àwọn ìbánisọ̀rọ̀ nínú àwọn ìgúnrégé, bí àwọn àtẹ̀jáde ńlá, wà fún ọ. Pe nọ́mbà tí kò nílò owó lórí káàdì ìdánimọ̀ ọmọ ẹgbẹ́ rẹ.

## Notificación de no discriminación

Nuestras compañías cumplen con las leyes de derechos civiles aplicables y no discriminan por raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo (conforme a 45 CFR § 92.101(a)(2)). No excluimos a las personas ni las tratamos de manera menos favorable debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Ofrecemos ayuda y servicios gratuitos para ayudarle a comunicarse con nosotros. Puede solicitar intérpretes y/o comunicaciones en otros idiomas o formatos, como letra grande. También ofrecemos modificaciones razonables para personas con discapacidades.

Si necesita estos servicios, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

Si considera que no hemos proporcionado estos servicios o hemos discriminado de otro modo en función de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo, puede enviar una queja al Coordinador de derechos civiles:

Civil Rights Coordinator
UnitedHealthcare Civil Rights Grievance
P.O. Box 30608
Salt Lake City, UT 84130

**UHC_Civil_Rights@uhc.com**

Optum Civil Rights Coordinator
1 Optum Circle
Eden Prairie, MN 55344

**Optum_Civil_Rights@Optum.com**

Si necesita ayuda para presentar una queja, llame al número de teléfono gratuito que aparece en su tarjeta de identificación de miembro (TTY **711**).

También puede presentar una queja de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:

| | |
|---|---|
| En línea: | **https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf** |
| Teléfono: | **1-800-368-1019, 800-537-7697** (TDD) |
| Por correo postal: | U.S. Department of Health and Human Services<br>200 Independence Avenue SW<br>Room 509F, HHH Building<br>Washington, D.C. 20201 |

Los formularios de quejas están disponibles en:
**http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html**.

Este aviso está disponible en: **https://www.uhc.com/nondiscrimination-med**
**https://www.optum.com/en/language-assistance-nondiscrimination.html**

UHEX27MP0398064_001

# UHC Dual Complete GA-Q3 (HMO-POS D-SNP)

## Servicio al Cliente:

Descargue la aplicación UnitedHealthcare

Visite **myuhcadvantage.com**

Llame al **1-855-245-5196**
Las llamadas a este número son gratuitas. 8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre. El Servicio al Cliente también ofrece servicios gratuitos de interpretación en otros idiomas para personas que no hablan inglés.

TTY **711**
Las llamadas a este número son gratuitas.
8 a.m. a 8 p.m., hora local, los 7 días de la semana, de octubre a marzo; de lunes a viernes, de abril a septiembre.

Escriba a: **P.O. Box 30769**
**Salt Lake City, UT 84130-0769**

**¿Tenemos su dirección correcta?**
Si no es así, comuníquese con nosotros para que reciba toda la información del plan.

CSGA27HP0411956_000